UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

N° 97

FACULTÉ DE MÉDECINE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU REIN MOBILE CHEZ L'ENFANT
SES RAPPORTS
AVEC L'ALBUMINURIE ORTHOSTATIQUE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 24 juillet 1911

PAR

Paul DÉHILLOTTE

Né à Basse-Indre (Loire-Inférieure), le 31 mai 1887

Pour obtenir le grade de docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse	MM. BAUMEL, professeur.	*Président.*
	GRANEL, professeur.	
	LEENHARDT, agrégé.	*Assesseurs*
	EUZIÈRE, agrégé.	

MONTPELLIER
IMPRIMERIE GROLLIER, ALFRED DUPUY, SUCCESSEUR
7, Boulevard du Peyrou

1911

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU REIN MOBILE CHEZ L'ENFANT

SES RAPPORTS

AVEC L'ALBUMINURIE ORTHOSTATIQUE

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 97

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU REIN MOBILE CHEZ L'ENFANT
SES RAPPORTS
AVEC L'ALBUMINURIE ORTHOSTATIQUE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 24 juillet 1911

ACAD. LAUREAT. BIBL.

PAR

Paul DÉHILLOTTE

Né à Basse-Indre (Loire-Inférieure), le 31 mai 1887

Pour obtenir le grade de docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse	MM. BAUMEL, professeur.	*Président.*
	GRANEL, professeur.	*Assesseurs*
	LEENHARDT, agrégé.	
	EUZIÈRE, agrégé.	

MONTPELLIER
IMPRIMERIE GROLLIER, ALFRED DUPUY, SUCCESSEUR
7, Boulevard du Peyrou

1911

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✻) ..... DOYEN.
SARDA ..... ASSESSEUR.
IZARD ..... SECRÉTAIRE.

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (✻). Chargé de l'enseign[t] de pathol. et thérap. génér.
Clinique chirurgicale	TEDENAT (✻).
Thérapeutique et matière médicale	HAMELIN (✻).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✻).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (✻).
Clinique ophtalmologique	TRUC (✻).
Chimie médicale	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS (✻).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.)
Pathologie et thérapeutique générales	RAUZIER. Chargé de l'enseign[t] de la clinique médicale.
Clinique obstétricale	VALLOIS.

Professeurs-adjoints : MM. De ROUVILLE, PUECH, MOURET
Doyen honoraire : M. VIALLETON.
Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✻), GRYNFELTT.
M. H. GOT, *Secrétaire honoraire*

Chargés de Cours complémentaires

Clin. ann. des mal. syphil. et cut	MM. VEDEL, agrégé (ch. de cours)
Clin. ann. des mal. des vieillards	VIRES, agrégé libre. (ch. de cours)
Pathologie externe	LAPEYRE, agrégé libre.
Clinique gynécologique	De ROUVILLE, professeur-adjoint.
Accouchements	PUECH, professeur adjoint.
Clin. des mal. des voies urinaires	JEANBRAU, agrégé libre (ch. de cours)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, professeur adjoint.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. LEENHARDT.	MM. DELMAS (Paul).
VEDEL.	GAUSSEL.	MASSABUAU.
SOUBEYRAN.	RICHE.	EUZIÈRE.
GRYNFELTT Ed.	CABANNES.	LECERCLE.
LAGRIFFOUL.	DERRIEN.	FLEIG (ch. des fonct. d'agrégé).

Examinateurs de la thèse :

MM. BAUMEL, *professeur, président.*	MM. LEENHARDT, *agrégé.*
GRANEL, *professeur.*	EUZIÈRE, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA FAMILLE

A MES AMIS

Paul Déhillotte.

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
ET DES HOPITAUX DE NANTES

Hommage de profonde reconnaissance.

A M. LE DOCTEUR MAILLET

CHEF DE LA CLINIQUE DES MALADIES DES ENFANTS

A LA FACULTÉ DE MONTPELLIER

Qui a bien voulu nous inspirer le sujet de notre travail.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR BAUMEL

PROFESSEUR DE CLINIQUE DES MALADIES DES ENFANTS

PAUL DÉHILLOTTE.

INTRODUCTION

La littérature médicale contient peu d'observations de rein mobile chez l'enfant et en particulier chez le garçon. Cette rareté chez l'enfant d'une affection pourtant assez commune chez l'adulte, surtout chez la femme, n'est peut-être qu'apparente ; on ne recherche presque jamais l'ectopie rénale chez la petite fille, ni chez le petit garçon, car elle ne donne pas lieu à une symptomatologie aussi marquée que chez l'adulte : les quelques observations que nous exposerons plus loin en font foi.

Une complication, très rare d'ailleurs, de l'ectopie rénale nous a paru intéressante : c'est l'albuminurie orthostatique. Dans la première partie de notre travail, nous dirons quelques mots de l'historique de la question, nous verrons pendant combien de temps ce sujet a été négligé chez l'enfant ; nous étudierons l'étiologie et la pathogénie du rein mobile, sa symptomatologie et ses complications. Parmi ces dernières nous étudierons tout spécialement dans la deuxième partie de notre thèse l'albuminurie fonctionnelle à type orthostati-

que, et nous essaierons d'établir les relations de cause à effet qu'il peut y avoir entre ces deux affections : ceci constituera le point principal de cette étude.

Nous passerons enfin rapidement sur le diagnostic, le pronostic et le traitement de la ptose rénale chez l'enfant.

PREMIERE PARTIE

Chapitre I

HISTORIQUE

Pour la première fois en France, en 1897, le docteur Comby (1) aborda et étudia avec soin la question du rein mobile chez l'enfant. Cette affection avait été cependant reconnue par quelques auteurs et signalée à différentes reprises : Saint-Ange et Mecquel vers 1826, Martineau en 1864, publièrent quelques observations d'ectopie rénale congénitale. En 1872, Steiner signala trois cas de rein flottant chez deux petites filles et un garçon. En 1879, Stiller aurait rencontré un cas de rein mobile chez l'enfant. A la même époque, Keppler publie dans les *Arch. für. chirurg.* de Berlin une observation concernant un enfant de 10 ans. Rosenthal (Ther. monat. Hefte, 1896), examina 51 jeunes filles, et trouva 26 fois

(1) Se reporter à la Bibliographie, de même que pour les auteurs dont les noms suivent.

l'extrémité inférieure du rein accessible, 2 fois même le rein était absolument mobile ; chez 32 garçons il ne sentit le rein que 3 fois et dans aucun cas il ne le trouva mobile : Rosenthal ne publia aucune observation. En 1897, Comby rapporte 6 observations à la séance du 21 mai à la Société médicale des Hôpitaux. En 1902, Dupoux (Thèse : Du rein mobile chez l'enfant), rapporte un certain nombre d'observations d'ectopie rénale chez l'enfant. Hutinel, dans son *Traité des Maladies des Enfants*, distigue l'ectopie congénitale et l'ectopie acquise.

Il est paru à l'étranger comme en France un certain nombre de travaux sur le rein mobile chez l'adulte (voir bibliographie). Mais peu d'auteurs ont signalé cette maladie chez l'enfant. Sutherland (1) a publié 15 observations de rein mobile avec albuminurie orthostatique chez des enfants de 7 à 13 ans. Knœpfelmacher (2), a observé cette affection chez le nourrisson.

En résumé, peu de travaux ont paru sur la question et il serait nécessaire, pour bien établir la rareté du rein mobile chez l'enfant, de le rechercher d'une façon systématique. Pour le moment, on ne peut que constater le peu de faits qui sont fournis par la littérature médicale.

---

(1) Sutherland. Amer. Journ. of med. sc., 1903.

(2) Knœpfelmacher. Jahrburch f. Kinderheilk, 1901.

Chapitre II

ETIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

Les causes généralement invoquées pour expliquer la mobilité rénale chez les adultes doivent évidemment être abandonnées s'il s'agit d'enfants âgés de quelques années, à plus forte raison de nourrissons.

Que le corset exagère chez l'adulte la mobilité d'un rein déjà ectopié, qu'il provoque des douleurs, une sensation de pesanteur dans l'hypocondre, des phénomènes nerveux et gastro-intestinaux réflexes par compression de l'organe déplacé, c'est possible. Certains même ont prétendu que le corset pouvait à lui seul provoquer la descente du rein ; il est aussi possible, comme le dit Becquet : « qu'au moment d'une époque menstruelle les reins s'associent à la co gestion des organes génitaux et se tuméfient ». Le rein, rendu alors plus pesant, peut ainsi se déplacer et descendre dans l'abdomen.

La constriction, la grossesse, la menstruation, la congestion hépatique peuvent agir comme causes primitives ou secondaires de ptose rénale chez la femme.

Mais pour expliquer l'affection chez l'enfant en bas-âge, il faut invoquer évidemment d'autres causes : il faut envisager deux cas, selon que le rein mobile est acquis ou congénital.

Les causes les plus naturelles du rein mobile *acquis* sont : la *toux*, les *traumatismes*, la *dilatation stomacale*. Pour expliquer le rein *congénital*, il faut invoquer les *antécédents hérédosyphilitiques* ou *nerveux*.

La toux est admise, par les différents auteurs qui ont étudié la question, comme cause de l'étiologie rénale, mais sans observation à l'appui.

Le *traumatisme* a été cité comme ayant entraîné la ptose rénale chez un enfant de 15 ans.

Observation I

(Thèse de Walch, citée dans Dupoux)

Louise R..., blanchisseuse, âgée de 20 ans, entrée à l'hôpital Necker, n° 21, le 9 juillet 1895, service de M. le professeur Guyon...

... Elevée en nourrice artificiellement. Pas de rachitisme. Rougeole à 8 ans ; diphtérie à 11 ans ; à la même époque, crampes d'estomac. Réglée à 11 ans, toujours régulièrement.

C'est vers l'âge de 15 ans que l'on retrouve le traumatisme causal, l'enfant ayant reçu de son père un violent coup de pied dans la région abdominale droite. Pas de trouble immédiat, la malade crut d'abord à un vulgaire lombago. Huit jours après, à la date normale du retour de la menstruation, les règles ne réapparaissent pas et s'arrêtent pendant 5 ans. La malade

a pendant tout cet intervalle des douleurs abdominales fréquentes...

... Le 16 juillet, la malade est examinée sous chloroforme. On constate à la palpation à droite, une tumeur profonde et très mobile, oscillant du rebord costal vers la partie latérale et médiane de l'abdomen. A gauche, rien d'anormal. Les annexes sont saines et normales. On constate que le rein est douloureux à la pression.

Le 22, néphrorraphie par M. Albarran. La malade quitte le service le 2 septembre, très améliorée.

La *dilatation stomacale* est notée dans la très grande majorité des observations de rein mobile chez l'enfant et spécialement dans les observations de Dupoux.

Parmi les observations rapportées à la séance du 21 mai 1897, par M. Comby, à la Société médicale des Hôpitaux, les deux premières ont trait à des enfants dyspeptiques ayant l'estomac très dilaté.

Observation II

(Comby)

Le 15 avril, une jeune fille de 16 ans, grande, maigre, non encore réglée, vient à l'hôpital... Depuis le sevrage elle souffrait de l'estomac, mangeait peu, buvait beaucoup; elle a été traitée à diverses reprises pour une ectasie gastrique. Le ventre est souple, facile à explorer, le bruit de clapotage s'entend jusqu'à l'ombilic et même au-dessous. Constatation d'un rein flottant, etc...

Observation III

(Comby)

Le 30 janvier 1897, je reçois, à l'Hôpital des Enfants malades, une fille de 13 ans, grande, non réglée... Le bruit de clapotage se perçoit au-dessous de l'ombilic ; l'estomac est très dilaté... A gauche, le rein occupe sa place normale... A droite, on sent facilement, derrière le plan musculocutané, une masse dure et arrondie, qui n'est autre que le rein droit déplacé et flottant, etc...

Dans presque toutes les observations citées aussi par Comby, dans les *Archives des Maladies de l'Enfance, 1898*, se retrouve une dilatation de l'estomac accompagnant le rein mobile.

Observation IV

(Comby, *Archives des Maladies de l'Enfance, 1898*)

Le 24 mars 1898, on a conduit un garçon de 8 ans, nourri au biberon... Le rein droit est assez mobile, porté en avant et en bas, et aisément senti... Le ventre assez gros est souple, l'estomac tympanisé...

Observation V

(Comby, *Archives des Maladies de l'Enfance, 1898*)

C... Augustine, 14 ans 1/2, entre à l'hôpital le 3 mai 1898... Le rein droit est déplacé... Dyspepsie, clapotage stomacal.

Observation VI

(Thèse de Dupoux. Paris, 1902)

Fillette de 11 ans... C'est une dyspeptique avec dilatation stomacale... Le rein droit est déplacé et mobile...

La plupart des enfants atteints d'ectopie rénale ont des *antécédents* héréditaires et personnels très chargés au point de vue du *système nerveux*, et cela est en faveur de l'origine congénitale de l'affection.

Observation VII

(Thèse Decherf)

Apolline B..., âgée de 14 ans 1/2... Elle est très nerveuse (excitation cérébrale dans la première enfance). Céphalée fré-

quente presque tous les jours après le repas de midi. Cauchemars la nuit... Dilatation stomacale, clapotage et tympanisme à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Rein mobile à droite... Traitement ordinaire. Revue le 15 octobre la fillette a très bonne apparence... Elle éprouve encore quelques douleurs névralgiques des deux côtés et de la céphalée de temps à autre. L'estomac dont on retrouve la limite inférieure à l'ombilic semble donc avoir diminué de capacité.

« Il est, dit le Dr Albarran (*Ann. des mal. des org. génito-urinaires*, 1895), des néphroptoses qui paraissent purement traumatiques, mais dans l'immense majorité des cas, la cause ou les causes déterminantes qui peuvent être invoquées chez un sujet sont tellement peu efficientes que, pour comprendre le déplacement du rein, il faut invoquer une prédisposition congénitale ».

Les deux observations suivantes, observations exposées par le Dr Comby, à la Soc. médic. des Hôpitaux, confirment nettement l'opinion du Dr Albarran.

Observation VIII

(Soc. méd. des Hôpitaux. Séance du 21 mai 1897)

Une fillette, née le 28 février 1897, entre à l'hôpital le 1er avril et meurt le 2 à l'âge de 33 jours. C'est une enfant pâle, maigre, au teint bistré, avec coryza, fissures des lèvres, ulcérations aux fesses, en un mot syphilitique, nourrie au sein par sa mère. A l'autopsie, faite le 4 avril 1897, nous trouvons un foie rouge cerise, pesant 170 grammes (poids

de l'enfant : 2.530 grammes), un thymus de 3 grammes, un cœur de 20 grammes, une rate énorme (27 grammes). L'estomac n'était pas dilaté (80 centimètres cubes).

Poids de l'encéphale 410 grammes (370 pour le cerveau, 35 pour le cervelet et la protubérance). Les capsules surrénales, très grosses, pesaient 3 grammes ensemble. Le rein droit pesait 13 grammes et le gauche 14 grammes. Mais ce qui fait l'intérêt de cette observation, c'est que les deux reins étaient déplacés et flottants dans l'abdomen. Le rein gauche surtout était porté en avant et très mobile, le rein droit l'était un peu moins.

Observation IX

(Soc. méd. des Hopitaux. Séance du 21 mai 1897).

Une fillette, née le 6 janvier 1897, entre le 30 mars à l'hôpital et succombe le 6 avril à l'âge de 3 mois. Cette enfant, comme la précédente, est hérédosyphilitique. Poids à l'entrée, 2.450 grammes.

L'autopsie, faite le 8 avril, a montré un estomac petit (80 centimètres cubes), une rate grosse (20 grammes), un foie de 145 grammes et des reins ectopiés. Le rein droit pesant 15 grammes, flotte librement dans la fosse iliaque ; le rein gauche pesant également 15 grammes présente un déplacement analogue.

Il est évident, ajoute M. Comby, que chez les deux petites filles, hérédosyphilitiques, l'une morte à un mois et l'autre à trois mois, il est évident que l'ectopie rénale était congénitale, et qu'il nous faudra désormais tenir compte de cette donnée.

Le rein mobile est donc parfois congénital, comme le prouvent les deux dernières observations. Dans le cas où l'origine congénitale n'est pas démontrée, nous avons vu que la toux, le traumatisme et la dilatation stomacale entrent dans l'étiologie de presque tous les cas d'ectopie rénale infantile.

Mais si le rôle du traumatisme est parfois nettement démontré, il est plus difficile de s'expliquer comment peuvent agir la toux et la dilatation stomacale. Ne faut-il pas se demander s'il n'y a pas en outre une prédisposition des tissus (soit acquise par les troubles gastro-intestinaux de la première enfance, soit congénitale), prédisposition qui favorise aussi bien la dilatation stomacale que le rein mobile ? Y a-t-il, en un mot, simple coïncidence ou rapport de cause à effet entre la dilatation stomacale et le rein mobile ? C'est ce qu'il est difficile de déterminer : en un mot la pathogénie reste encore à élucider.

Un autre problème encore difficile à résoudre est le suivant :

Pourquoi cette prédilection de l'affection pour le sexe féminin ? Les petites filles sont bien plus fréquemment atteintes que les garçons ! Peut-être cela s'explique-t-il par la faiblesse des éléments anatomiques chez la femme. Peut-être les loges paravertébrales qui contiennent le rein sont-elles moins larges en haut et plus ouvertes en bas chez les petites filles que chez les petits garçons ?

La question reste en suspens : aucun auteur n'a assayé jusqu'ici de donner à ce fait une explication définitive.

Chapitre III

SYMPTOMATOLOGIE

Nous passerons rapidement sur les symptômes de l'affection ; ils peuvent être les mêmes que chez l'adulte. Cependant d'une façon générale on peut dire qu'il y a une symptomatologie plus frustre chez l'enfant et que rarement l'attention est attirée du côté du rein. Quels sont les symptômes constatés le plus souvent. Nous étudierons d'abord les signes subjectifs, puis les signes physiques.

1° *Symptômes subjectifs :*

a) Le malade éprouve des douleurs abdominales et lombaires ;

b) Ces douleurs s'accompagnent parfois de troubles digestifs : anorexie, dyspepsie grastro-intestinale, dilatation stomacale, constipation, colite simple ou muco-membraneuse.

2° *Signes physiques :*

Ils sont nets à l'exploration directe.

Le malade est allongé sur le dos, la tête basse, les jambes fléchies sur les cuisses et les cuisses sur le tronc.

Le palper bimanuel permet de sentir le pôle inférieur du rein si le déplacement est peu considérable ; et si le rein est complètement « flottant », on sent une masse dure et arrondie que l'on fait à volonté remonter jusque derrière les dernières côtes ; une profonde inspiration du sujet suffit à faire redescendre le rein jusque dans l'hypocondre.

3° *Formes cliniques et complications :*

Les formes cliniques sont frustres et rares, on distingue les formes : douloureuse, dyspeptique et avec colite.

L'affection s'accompagne parfois de troubles urinaires : rétention urinaire, hydronéphrose, hématurie et plus rarement albuminurie à type orthostatique.

Nous allons dans la deuxième partie de notre travail étudier tout spécialement cette dernière complication de l'ectopie rénale chez les enfants ; nous exposerons une observation inédite qui nous a paru fort intéressante. En effet, la littérature médicale ne contient jusqu'à ce jour et à notre connaissance que deux observations complètes d'albuminurie orthostatique, coexistant avec une ectopie rénale, et guérie par le traitement de cette dernière affection.

DEUXIEME PARTIE

Rapports du rein mobile et de l'albuminurie orthostatique

Chapitre Premier

RARETÉ CLINIQUE DU FAIT

« La fréquence de la coexistence de l'albuminurie avec la mobilité rénale, dit Mosny, a été très diversement appréciée. Schilling dit l'avoir constatée dans 14 p. 100 de cas de rein mobile ; Lawson-Tait n'admet pas que le rein puisse être déplacé sans qu'il y ait albuminurie ».

Sutherland a trouvé l'albuminurie orthostatique 15 fois sur 40 cas de rein mobile.

Néanmoins la littérature médicale ne contient qu'un nombre très restreint de travaux sur la coexistence de ces deux affections et où le type de l'albuminurie ait été bien étudié.

Nivière et Mosny ont publié chacun une observation de ce genre chez l'adolescent, avec guérison de l'albuminurie par le port d'une ceinture hypogastrique.

L'observation qui suit est donc la troisième de cette nature.

Observation X

(Due à l'obligeance de M. le docteur Maillet)

Gl. Fr..., âgé de 4 ans, venu à la consultation gratuite le 29 mai 1911, se plaint de troubles digestifs, ne mange pas, a maigri depuis un mois, éprouve de vives douleurs abdominales et lombaires.

Antécédents personnels. — A eu la scarlatine il y a 2 ans et demi, puis une otorrhée consécutive qui a duré un mois ; à ce moment pas d'albumine dans les urines. Bonne santé habituelle : gros mangeur.

Antécédents héréditaires. — Père a eu les fièvres paludéennes il y a 10 ans ; depuis est en bonne santé ainsi que la mère. Un autre enfant de 9 ans bien portant.

Examen. — Enfant bien constitué, pas de signes de rachitisme. Premier bruit légèrement soufflé à la pointe ; à gauche, souffle anémique jugulaire.

Du côté de l'abdomen, le ventre n'est pas gros ni étalé, mais assez mou, flasque, dépressible ; aussi le rein droit est-il nettement perceptible par la palpation bimanuelle. On l'abaisse sans percevoir nettement cependant le pôle supé-

rieur ; on le fait glisser et remonter, on peut le porter légèrement en dehors. Il n'est pas augmenté de volume. Les urines renferment une dose notable d'albumine. Elles sont analysées les jours suivants à heure fixe.

Le matin avant le lever, à 8 heures, rien. Deux heures après le lever, à 10 heures, 0,15 centigramme d'albumine. L'enfant est couché à 11 heures et mange au lit. A 3 heures du soir, rien.

Il est levé à 4 heures. A 7 heures du soir, rien.

On ordonne à l'enfant le port d'une ceinture de flanelle.

Les urines du 1er juin analysées donnent dans les mêmes conditions de repos ou de fatigue musculaire et digestive :

A 8 heures du matin : rien.

A 10 heures du matin : traces non dosables d'albumine.

A 3 heures du soir : quelques phosphates en excès ; pas d'albumine.

A 7 heures du soir : rien.

On conseille à la mère de changer la ceinture de flanelle qui est un peu faible et paraît insuffisante.

Depuis, l'enfant n'a plus présenté d'albumine à aucun moment de la journée. Il a pu être traité alors pour son anémie et s'est complètement rétabli.

Observation XI

(Nivière. Soc. médic. des Hôpit., 15 février 1901)

Albuminurie orthostatique

X..., 20 ans, apprenti tailleur, se présente à notre consultation le 27 juin 1900, vers 5 heures du soir ; il se plaint

d'être mal portant depuis l'âge de 15 ans... Il accusa d'abord par intervalles de la diarrhée et des vomissements, traités sans succès par les laxatifs ; puis il vit les troubles gastro-intestinaux devenir plus fréquents et entraîner à leur suite une faiblesse telle qu'en mars 1899 il dut cesser son apprentissage...

X... fut soigné pendant le printemps et l'été 1899 pour une dilatation d'estomac... régime sec, douches froides... qu'il abandonna rapidement...

En janvier 1900, albumine dans les urines, albumine qui persiste encore et dont le taux ne se serait pas modifié, malgré divers traitements et notamment le régime lacté observé pendant quelque temps.

Cependant, sous l'influence du repos et du régime sec, l'état général s'est amélioré et X... a engraissé de 2 kilogs depuis un an.

Dans son enfance, X... a eu la scarlatine... A la même époque il aurait eu aussi une angine couenneuse...

Pendant l'hiver 1892-1893, il eut une atteinte d'influenza à forme gastrique...

X... est fils unique...

Son père s'est toujours bien porté... Se plaint simplement de quelques douleurs de reins.

Sa mère... impressionnable, dit avoir toujours été nerveuse et souffrir depuis longtemps de maux d'estomac et de douleurs erratives; elle a eu une pleurésie en 1892 à la suite d'une atteinte de grippe.

Son grand-père maternel serait asthmatique; il a un catarrhe pulmonaire et une hernie.

Le 27 juin, jour où il vient nous consulter, X... se plaint d'être plus fatigué que de coutume... Taille 1 m. 70, embonpoint modéré, poids 52 k. 300, teint pâle, muqueuses normalement colorées.

L'examen des divers organes ne décèle rien d'anormal : seul le rein droit est déplacé... L'urine contient 1 gramme à 1 gr. 50 d'albumine par litre...

Nous prescrivîmes au malade de nous apporter de son urine de la nuit, et nous l'engageâmes à se draper le ventre dans une ceinture de flanelle, de façon à ce que l'abdomen fût serré à la région hypogastrique et les intestins remontés vers l'épigastre et les hypocondres. Nous lui permîmes aussi de boire plus qu'il ne faisait depuis qu'il suivait le régime sec.

Le 30 juin le malade nous envoie de son urine du matin et de la journée; ni l'une, ni l'autre ne contient d'albumine.

Le 2 juillet, les urines de la nuit, de la matinée et de l'après-midi ne renferment pas d'albumine...

Le 6 août, l'urine de la nuit ne contient pas d'albumine ; celle de l'après-midi en contient 0 gr. 20 par litre.

Le 27 septembre, l'urine de la nuit ne renferme rien ; celle de la matinée a 0 gr. 10 à 0 gr. 15 d'albumine et des cristaux d'acide urique...

La ceinture de flanelle est relâchée et ne soutient plus le ventre. Malgré cette albumine, le malade se trouve de mieux en mieux...

Nous prescrivîmes une ceinture hypogastrique en tissu caoutchouté et munie de sous-cuisses.

Deux jours après, le malade nous dit ressentir un grand bien-être de cette ceinture. « Jamais, dit-il, il n'eût pensé qu'une ceinture eût pu lui faire autant de bien ». Depuis, les urines des 3 et 8 octobre, tant de la nuit que de l'après-midi, après un travail pénible ou de la marche, n'ont plus renfermé d'albumine.

Nous avons revu ce malade le 7 janvier dernier, il ne suit plus aucun traitement, mais continue à porter sa ceinture ;

ses urines de la nuit, du matin et du soir sont exemptes d'albumine ; il a engraissé de 7 kilog. 700 en six mois.

Observation XII

(M.-E. Mosny. Soc. médic. des Hôpit., séance du 13 mai 1904)

Albuminurie orthostatique et mobilité rénale

Il s'agit d'une jeune fille de 20 ans...

... Antécédents personnels névropathiques... A l'âge de 12 ans... coxalgie : diagnostiquée vraie par un médecin et hystérique par un autre... Extension continue...

Au bout d'un an, la guérison survint presque subitement, complète et définitive...

Vers l'âge de 18 ans... survint une anémie... chlorose vraie... ou exagération momentanée des phénomènes névropathiques.

... Depuis sa coxalgie, jusqu'à l'époque actuelle... manifestations hystériques assez nettes, tantôt attaques paroxystiques d'hystérie vraie... tantôt manifestations psychopathiques, pleurs et rires faciles...

Depuis 5 ou six mois elle avait des troubles vagues de la santé... Je me garderai bien d'affirmer rétrospectivement l'existence d'une grippe... A cette époque elle fit analyser ses urines et le pharmacien y décela de l'albumine...

L'examen le plus minutieux ne revèle aucun stigmate d'hystérie...

La palpation bimanuelle révèle une très légère mobilité du rein gauche.

... La fonction urinaire ne semble pas troublée... L'estomac ne semble que légèrement dilaté.

Une première série d'analyses mit hors de cause l'influence de la fatigue sur l'albuminurie... Par une autre série d'analyses... sans rien changer à l'alimentation, je recherche l'influence sur l'albuminurie de la fatigue ou du repos musculaire, de l'activité ou du repos des fonctions digestives :

1° Minuit à 7 h. 1/2 du matin : repos musculaire et repos digestif ;

2° 7 h. 1/2 matin à midi : fatigue musculaire et repos digestif ;

3° Midi à 6 h. 1/2 du soir : fatigue musculaire et activité digestive ;

4° 6 h. 1/2 soir à minuit : repos musculaire et activité digestive.

... En résumé, le régime alimentaire, le genre d'existence, le calme ou la surexcitation morale, le repos ou la fatigue musculaire, l'activité ou le repos des fonctions digestives, le sommeil ou la veille n'exercent aucune influence appréciable sur l'albuminurie ; la seule condition qui la fasse apparaître d'une façon d'ailleurs momentanée et très passagère, c'est le passage de la position horizontale à la verticale...

Un nouvel examen me confirma qu'il s'agissait là d'un cas d'albuminurie orthostatique avec pointe de rein mobile gauche, et je prescrivis en même temps que des lotions quotidiennes fraiches, le port d'une ceinture hypogastrique avec pelote rénale gauche.

Le résultat ne se fit pas attendre : le 15 octobre l'albuminurie avait disparu de tous les échantillons prélevés aux divers moments de la journée... La santé générale s'améliorait...

... En somme, le port d'une ceinture hypogastrique eut

pour résultats simultanés la disparition de l'albumine et le retour à l'état normal de la santé générale...

Bourcy publie en 1900, dans la Soc. méd. des Hôpit., un cas de rein mobile accompagné d'albuminurie orthostatique ; mais le malade ne fut pas soumis au traitement du rein mobile (ceinture hypogastrique), les rapports de l'une de ces affections avec l'autre n'ont donc pas été étudiés.

De même Sutherland qui a publié 15 observations ne traita jamais l'albuminurie par le port d'une ceinture, il dit cependant : « Par moments la mobilité du rein semblait disparaître, mais en même temps l'albuminurie disparaissait également. »

Dans la thèse de Guiblain, Paris 1903, il est dit quelques mots : « De la présence d'albuminurie orthostatique chez les sujets atteints de rein mobile, où la circulation rénale est plus nettement encore entravée dans la position debout. »

Hutinel cite simplement parmi les diverses sorte d'albuminurie : « L'albuminurie par rein mobile qui guérit avec le retour du viscère dans sa loge ».

Chapitre II

CAUSES DE CETTE RARETÉ

a) D'abord le rein mobile lui-même est rare chez l'enfant, ou du moins rarement diagnostiqué : il est donc tout naturel que l'on n'ait remarqué que très rarement sa coexistence avec l'albuminurie.

b) L'enfant a un épithélium rénal qui n'a pas été lésé le plus ordinairement par toutes les causes infectieuses, toxiques, toxi-infectieuses auxquelles le rein de l'adulte a fréquemment été exposé. A mesure en effet que l'individu passe du premier âge à l'adolescence, et de l'adolescence à l'âge adulte l'albuminurie chez lui devient plus fréquente.

c) Enfin pour expliquer cette rareté on peut se demander si le rein mobile peut produire à lui seul de l'albuminurie. Oui, pour certains (Hutinel, Lawson-Tait, M. Nivière),

ce dernier croit qu'à « côté des albuminuries lésionnelles nous pouvons admettre des albuminuries orthostatiques vraies, reconnaissant pour cause nécessaire et suffisante le passage de la position horizontale à la verticalité et justiciables de la fixation du rein en situation normale, peut-être même de la seule contention des organes abdominaux ».

M. Mosny, au contraire, croit que la mobilité rénale ne doit pas être considérée comme suffisante pour faire apparaître l'albuminurie.

« Nous pensons, dit-il, qu'il faut encore que le rein ait une sensibilité spéciale soit acquise, soit héréditaire, pour que la maladie soit constituée. »

Et M. Mosny attribue à une scarlatine antérieure la sensibilité exagérée de l'épithélium rénal de son client.

Avant de conclure sur ce point particulier, c'est-à-dire sur les rapports de cause à effet entre le rein mobile et l'albuminurie orthostatique, nous allons étudier rapidement les caractères de cette albuminurie d'après les observations citées.

Chapitre III

CARACTÈRES DE L'ALBUMINURIE RÉALISÉE PAR LE REIN FLOTTANT

Voyons d'abord d'une façon générale quels sont les divers types d'albuminurie fonctionnelle.

L'albuminurie peut être nettement *orthostatique*

Si l'enfant est debout, l'albuminurie apparaît aussitôt. Si l'enfant se recouche, l'albuminurie disparaît et cela à n'importe quel moment de la journée.

L'albuminurie peut être *cyclique* : elle apparaît tous les jours à la même heure, vers midi d'habitude ; elle correspond avec le maximum de vitalité des tissus.

Enfin on distingue une troisième sorte d'albuminurie dite *digestive*, qui apparaît à la suite des repas.

Dans l'observation personnelle citée plus haut, on remarque une albuminurie *mixte* présentant à la fois les caractères de la 1re et de la 2e formes ; l'albuminurie apparaît le matin entre 7 heures et midi, d'où elle est cyclique ; d'autre part, elle est orthostatique parce que si on laisse le malade couché

à ces heures-là, l'albuminurie ne se produit pas, et ensuite le jour où ces malades ont une ceinture, il n'y a rien dans les urines.

C'est donc une albuminurie intermédiaire entre le type orthostatique pur et le type cyclique. Il en est de même pour les malades de Mosny et Nivière.

Nous concluons que cette albuminurie paraît bien être en rapport avec le rein flottant puisque le jour où on maintient le rein, elle disparaît. Mais nous croyons avec M. Mosny que le rein mobile n'est pas suffisant, puisqu'à certaines heures de la journée l'albuminurie n'existait pas malgré l'orthostatisme. Pourquoi ? La question est délicate ; nous ne pouvons émettre que des hypothèses :

1° L'épithélium rénal a de la méiopragie fonctionnelle : le matin, au lever, se réalise brusquement la ptose qui entraîne un trouble de la circulation ; l'épithélium fléchit dans son fonctionnement, d'où albuminurie. Peu à peu, dans la journée, l'épithélium rénal s'habitue aux nouvelles conditions de circulation réalisées par la station debout.

2° Les urines, au moment du lever, contiennent peut-être des substances toxiques accumulées pendant le sommeil et qui fatigueraient l'épitélium. C'est une hypothèse peu probable.

Dans toutes les observations, il est à noter que des maladies antérieures ont été susceptibles de léser l'épithélium rénal : scarlatine, grippe ; ces constatations sont bien en faveur d'une moindre résistance de l'organe

Aux hypothèses ci-dessus énoncées en vue d'expliquer l'albuminurie orthostatique, il faut ajouter d'autres causes favorisant l'apparition d'albumine et que l'on relève également dans les antécédents des différents malades. Les stigmates décelant le mauvais fonctionnement de l'organisme entier, et de l'épithélium rénal par conséquent, sont les sui-

vants : pâleur des téguments, développement incomplet, antécédents rachitiques, ventre gros, flasque, mou, avec mauvaise musculature.

M. le professeur Baumel (1), de la Faculté de Montpellier, donne une explication très intéressante et des plus scientifiques de certaines albuminuries.

L'albumine est parfois produite indirectement par un mauvais fonctionnement du cœur et surtout du cœur droit ; ces troubles cardiaques retentissent sur le foie et sur le rein dont la circulation se ralentit et où il se produit de la congestion pouvant amener l'albuminurie. Les causes des troubles cardiaques se réduisent généralement à une gêne de la circulation pulmonaire et au rachitisme (étroitesse de la cage thoracique).

Il est à remarquer en effet que dans toutes les observations connues nombre de sujets sont des petits rachitiques.

---

(1) Baumel. Des lésions du cœur droit et de leurs effets. Thèse d'agrégation, Paris, 1883.

Baumel. *Précis des maladies des enfants*, 1904.

DIAGNOSTC, PRONOSTIC ET TRAITEMENT

Passons rapidement sur le diagnostic et le pronostic du rein mobile chez l'enfant.

Le diagnostic du rein mobile chez l'enfant est plus facile que chez l'adulte, par suite de la souplesse de la paroi abdominale. Le palper bi-manuel donne une sensation facile à percevoir et qui ne permet aucun doute sur l'existence de l'affection.

Le pronostic est généralement bon : les complications de l'ectopie rénale qui peuvent entraîner un état général peu satisfaisant sont rares et surtout inconstantes.

Le traitement se réduira chez l'enfant au port de la ceinture hypogastrique. On emploie parfois des ceintures de caoutchouc. Une simple ceinture de flanelle sera généralement suffisante ; il faudra parfois ajouter une pelote qui maintiendra même le rein en bonne position.

De plus, il faut traiter, s'il y a lieu, le rachitisme et l'anémie.

« Atténuer les lésions et les troubles gastro-intestinaux, dit M. le professeur Baumel (1), favoriser la digestion, l'absorption et l'assimilation, fournir aux os le phosphate calcaire qui leur est nécessaire et qui leur fait défaut dans cette maladie. »

---

(1) Professeur Baumel : *Précis des maladies des enfants.*

CONCLUSIONS

I. Le rein mobile est rare chez l'enfant et en particulier chez le garçon. Les causes de cette rareté sont difficiles à déterminer. La symptomatologie de l'affection est chez l'enfant des plus frustres. Aussi devrait-on, systématiquement, examiner chez lui le rein.

II. Un symptôme intéressant du rein mobile est l'albuminurie fonctionnelle qu'il entraîne. Cette albuminurie, admise comme fréquente par certains auteurs, est plutôt rare si l'on en juge par le peu d'observations d'ectopie rénale où elle est notée.

Elle revêt le plus souvent le type orthostatique ; non pas un type pur, mais un type intermédiaire entre l'albuminurie orthostatique et l'albuminurie cyclique. En effet, elle apparaît dans la station debout le matin entre 7 heures et midi. Elle disparaît par le simple port d'une ceinture hypogastrique.

III. Ces caractères de l'albuminurie sont difficiles à interprêter dans leur pathogénie. Si le rein mobile paraît jouer un rôle indéniable dans sa production, il semble qu'il ne soit pas toujours suffisant et qu'il faille en outre une prédisposi-

tion de l'épithélium rénal, congénitale ou acquise, pour produire l'albuminurie.

IV. Le diagnostic est facile. Le pronostic généralement bénin; cependant les troubles digestifs concomitants peuvent parfois entraîner un mauvais état général dont il faut tenir compte.

Le traitement est simple et comporte avant tout le port d'une ceinture hypogastrique.

BIBLIOGRAPHIE

I. Sur le rein mobile

Albarran. — Congrès français de chirurgie, 1893. Annales des mal. des org. gén.-urin., 1898.

Bartels. — Maladies des reins.

Becquet. — Essai sur la pathogénie du rein flottant. Arch. gén. de méd., 1865.

Brodeur. — Thèse de Paris, 1886.

Bruhl. — Gazette médic. des Hôp., 1892.

Charrin. — Des déplacements du rein (Ann. de méd., 1894).

Comby. — Soc. méd. des Hôp., 1897.

— Archives des mal. de l'enf. et Bul. méd. Assoc., 1898.

— Article : Rein mobile du Traité des maladies de l'enfance (Grauher, Comby, Marfan).

Decherf. — Thèse de Paris, 1900.

Defontaines. — Thèse de Paris, 1874.

Delitzine et Volkoff. — Pathogénie du rein flottant. St-Pétersbourg, 1897.

Dupoux. — Thèse de Paris, 1902.

Edebohls. — Américic. J. of. médic. soc., 1893.

— Américic. J. of. obst., 1895.

Fritz. — Des reins flottants. Arch. gén. de méd., 1859.

Glénard. — Lyon médical, 1885, 1892 ; Semaine médicale, 1886 ; Province médicale, 1887 : La néphroptose.

Guéneau de Mussy. — Leçons cliniques sur le rein flottant. Union méd., 1867.

Guiard. — Annales des maladies des organes génito-urinaires, 1882. Bulletin général de thérapeutique, 1875.

Guillet. — Bulletin médical, 1902.

Guyon. — Journ. de méd. et de chir. pratique, 1891. Journal des praticiens, 1893.

Israel — Ueber palpitation gesunder und kranker Nieren (Berlin klinik, Woch, 1819). Sur la chirurgie rénale. Arch. für klinik chirurg., 1894.

Kundrat. — Des anomalies rénales. Sem. méd., 1866.

Keppler. — Arch. für chirurg. Berlin, 1879.

Knœpfelmacher. — Sur le rein mobile et les palpations du rein chez le nourrisson. Jahrburch f. kinderheilk., 1901.

Lancereaux. — Leçons cliniques de la Pitié et de l'Hôtel-Dieu, 1894. Dict. Dechambre. Art. Rein.

Landau. — Die Wanderniere die Frauen, Berlin, 1881.

Lemaire. — Thèse de Lille, 1897.

Leroy. — Thèse de Paris, 1876.

Lindner. — Ueber die Wanderniere der Frauen. Berlin, 1887.

Martineau. — Bulletin de la Soc. anatomique, 1864.

Mathieu. — Bulletin de la Soc. méd. des Hôpit., 1893.

Mayolle. — Thèse de Lille, 1894.

Meckel. — Handbuch der pathologie, t. I.

Pasteau. — Anomalie rénale et rein flottant. Soc. anatomique, 1897.

Piéchaud. — Précis de chirurgie infantile.

Polk. — Un cas de rein flottant congénital. New-York. Médical Journal, 1883.

Rayer. — Traité des mal. des reins, 1841.

Récamier. — Thèse de Paris, 1889.

Rigal. — Thèse de Paris, 1881.

Rosenthal. — Thérap. Monatshefte, 1896.

Saint-Ange. — Ann. des Sc. natur., 1826.

Schutze. — Thèse d'Iéna, 1888.

Mlle Soroker. — Thèse de Paris, 1900.

Steiner. — Traité des mal. des enfants. Trad. Kéraval, 1876.

Stiffler. — München médical, Woch, 1892.

Stiller. — Wien. Médical, Woch, 1879-1889.

Trousseau. — Cliniques médicales.

Tuffier. — Semaine médicale et Ann. des mal. des org. gén.-urin, 1891.

— Maladies chirurgicales du rein.

— Congrès de chirurgie, 1901.

Vaneufville. — Thèse de Paris, 1888.

Walch. — Thèse de Paris, 1896.

Warneck Muller. — Du rein mobile et de ses rapports avec la dilatation d'estomac. Berliner klinik Woch, 1877. Article : « Rein mobile » des Traités et Manuels de pathologies interne et externe.

II. Sur les rapports de l'albuminurie orthostatique avec le rein mobile

Bourcy. — Soc. méd. des Hôp., 1900.

Nivière. — Albuminurie orthostatique. Soc. méd. des Hôp., 1901.

Guiblain. — Thèse de Paris, 1903.

Sutherland. — Ann. Journ. of méd. Sc., 1903.

Mosny. — Albuminurie orthostatique et rein mobile. Soc. méd. des Hôpit., 1904.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 17 juillet 1911.
Le Doyen,
Mairet.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 18 juillet 1911.
Le Recteur,
Ant. Benoist.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !